FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N° 13.

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 11 juillet 1900 à 1 heure

Par **Albert TEYSSEYRÉ**

Né à Chervettes (Charente-Inférieure), le 6 juin 1875.

**

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
MANIFESTATIONS TESTICULAIRES
DANS LES
AMYGDALITES AIGUËS

Président : M. POTAIN, *professeur*.

Juges : MM. TUFFIER, *professeur*.
HANRIOT et TEISSIER *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 11 *juillet* 1900 *à* 1 *heure*

Par **Albert TEYSSEYRÉ**

Né à Chervettes (Charente-Inférieure), le 6 juin 1875.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MANIFESTATIONS TESTICULAIRES DANS LES AMYGDALITES AIGUËS

Président : M. POTAIN, *professeur.*

Juges : MM. TUFFIER, *professeur.*
HANRIOT et TEISSIER *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEBOVE. HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	BERGER. DUPLAY. LE DENTU TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.

ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (AUG.)	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ)	HARTMANN	MERY	WALTHER
BHARRIN	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LEGUEU	TEISSIER	
		THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR POTAIN

Membre de l'Académie de médecine.

Commandeur de la Légion d'honneur.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MANIFESTATIONS TESTICULAIRES

DANS LES

AMYGDALITES AIGUËS

INTRODUCTION

L'étude des orchites observées au cours des amygdalites aiguës est de date relativement récente. Un petit nombre d'observations ont été publiées jusqu'à ce jour et l'histoire clinique de ces orchites est loin d'être complète.

L'observation d'un cas intéressant au point de vue de l'évolution clinique nous a déterminé à étudier cette question et à en faire le sujet de notre thèse.

De l'observation personnelle que nous apportons et des observations déjà parues que nous avons rassemblées, nous avons essayé de déduire les caractères cliniques ordinaires des orchites amygdaliennes.

Cette étude est conçue surtout au point de vue clinique, des esprits plus autorisés ayant déjà mis en lumière les circonstances pathogéniques qui entourent l'histoire de ces affections.

Les orchites observées au cours des amygdalites aiguës doivent être sans aucun doute rapprochées au point de vue pathogénique et étiologique des complications génitales et en particulier des ovarites survenant chez la femme dans des circonstances semblables.

Mais ici les faits sont peut-être moins nets et plus complexes.

D'autre part nous n'en avons pas observé par nous mêmes. Nous eussions dû nous borner à rapporter ce qu'avaient écrit à ce sujet les auteurs précédents. Nous avons préféré borner cette étude aux complications génitales observées chez l'homme.

Avant de terminer cet avant-propos, nous nous faisons un devoir de remercier tous ceux qui depuis le commencement de nos études médicales se sont intéressés à nous. Que Messieurs les professeurs de l'école de Poitiers qui ont été nos premiers maîtres reçoivent l'assurance de notre respectueux dévouement et de notre vive reconnaissance. M. le Dr Delaunay nous a montré un intérêt constant ; ses savants conseils nous ont puissamment aidé au début de nos études ; nous tenons à l'assurer de notre profonde gratitude.

Nous avons suivi avec profit pendant près de deux ans l'enseignement que donne M. le professeur agrégé Thiéry dans son service de la consultation chirurgicale à l'Hôpital de la Pitié, nous sommes heureux de lui adresser nos sincères remerciements.

M. le professeur Potain a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous le prions de recevoir l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

HISTORIQUE

La relation de certaines manifestations testiculaires avec les angines a été signalée pour la première fois par Verneuil en 1857.

C'est dans un mémoire paru dans les *Archives générales de médecine* et intitulé : *Des épanchements dans la tunique vaginale, métastatiques de l'arrière-bouche*, que le Professeur Verneuil publia les deux premières observations d'orchite amygdalienne.

Le terme d'épanchement métastatique était loin de satisfaire complètement Verneuil. Aussi commençait-il son mémoire par les lignes suivantes qui méritent d'être citées :

« Avant d'entrer en matière, je dois dire que je n'attache qu'une importance secondaire au mot métastatique dont je me sers pour intituler les observations qui vont suivre. Dans l'état de la science, il est impossible d'expliquer d'une manière satisfaisante les relations qui existent entre certaines maladies se montrant simultanément ou successivement dans des organes très éloignés, appartenant à des appareils différents et même à deux systèmes organiques distincts. L'idée de transport d'une matière morbide, d'une métastase dans le sens rigoureux

du mot, est impossible à prouver et j'adopte pleinement pour ma part, les judicieuses critiques émises sur ce dogme antique par M. Tholozan, dans son excellente thèse d'agrégation. Cependant, comme on désigne généralement sous le nom d'orchites métastatiques les affections aiguës de la glande séminale et de ses annexes qui accompagnent certains gonflements de la glande parotide, j'accepte le même langage, mais uniquement pour exprimer un fait et non pour appuyer une doctrine étiologique ».

Après avoir rapporté deux observations le Professeur Verneuil conclut en ces termes :

« Ces deux faits présentent une grande similitude entre eux et avec la marche des orchites ourliennes. L'épanchement vient sans douleur, sans réaction locale vive ; c'est pour cela que je n'ai point adopté les dénominations d'orchite, de vaginalite, qui indiquent une inflammation.

« La disparition rapide et spontanée du fluide ne comporte guère davantage les expressions d'hydrocèle ou d'hydropisie, qui représentent à l'idée une certaine permanence. Je préfère dire simplement qu'il y a épanchement séreux, ce qui ne préjuge rien.

« Dans le premier fait, on pourrait voir des troubles simultanés dans deux glandes, l'amygdale et le testicule, car les hydropisies sont parfois symptomatiques de lésions ayant pour siège le viscère dont la séreuse s'emplit de liquide. Dans le second, si l'amygdalite manquait, on pourrait trouver matière à rapprochement avec ces hydarthroses que j'ai décrites à la suite de quelques dysenteries ».

En 1757 Bergen relatait déjà une épidémie d'angines suppurées avec complications génitales, mais sa description était extrêmement vague. On y trouve les lignes suivantes : « In quibusdam infantibus qui de dolore faucium non adeo conquesti sunt, ingentes prodibant tumores in locis obscœnis, pueris in scroto et puellis in labiis pudendorum qui tandem suppurati et rupti largiter pus fundebant. Unus quantum recordor, puerulus qui summâ scroti inflammatione laborabat, fatis cedebat ; dum interea ejus soror, eâdem horâ, ex anginâ suffocabatur ».

En 1859, P. James publie dans le *Medical Times and Gazette*, un article intitulé : « *Des sympathies entre les tonsilles et les ovaires* ». Il publie une observation d'ovarite compliquant une amygdalite et il conclut qu'il existe un rapport étroit entre ces organes en raison de la fréquence des complications ovariennes dans les angines.

En 1860 Edward Gray dans le même journal publie une observation nouvelle d'ovarite consécutive à une angine et il conclut à une métastase de la maladie se portant de la gorge sur l'ovaire.

Dans l'article *Amygdales* du « *dictionnaire de médecine pratique* », Desnos discute les observations publiées jusqu'alors et conclut en ces termes : « A ceux qui ne verraient dans ces observations que des angines développées sous la dépendance de la fièvre à oreillons, et rentrant dans une catégorie de faits bien connus nous répondrions qu'il n'est pas admissible que Verneuil, qui avait prévu cette objection, ait commis cette méprise ; que la lecture attentive de la note de P. James ne permet pas de douter de l'exactitude de son interprétation et que c'est bien une

épidémie d'angines sans oreillons qu'a étudiée Bergen ».

En 1886, Joal publie dans les *archives générales de médecine* un mémoire sur l'orchite et l'ovarite amygdaliennes. Il rapproche des faits déjà publiés un certain nombre d'observations inédites dont plusieurs personnelles. Il tire de son travail les conclusions suivantes ;

« 1° L'orchite et l'ovarite doivent être rangées parmi les complications de l'amygdalite aiguë superficielle ou profonde.

« 2° Ces manifestations génitales, analogues à celles qui surviennent dans le cours de la fièvre typhoïde, de la fièvre ourlienne, doivent être attribuées à la nature infectieuse de l'amygdalite.

« 3° L'orchite et l'ovarite ne sont pas dues à de prétendus rapports physiologiques signalés par certains auteurs entre les organes de la génération et les amygdales. »

En 1889 une observation nouvelle d'orchite survenue au cours d'une amygdalite paraît dans la thèse de Descoings (*De l'amygdalite considérée comme contagieuse et infectieuse*).

En 1892, Sallard dans sa thèse sur les *Amygdalites aiguës* met rapidement au point la question des complications génitales dans les amygdalites, mais sans apporter de faits nouveaux.

Brumauld Des Houlières dans une thèse de Paris de 1894 cherche à mettre en relief les analogies qui existent entre l'orchite ourlienne accompagnée d'angine tonsillaire.

ÉTUDE CLINIQUE

D'une manière générale l'orchite tonsillaire présente de grandes analogies au point de vue clinique avec l'orchite ourlienne et plusieurs auteurs ont bien mis en lumière cette ressemblance.

Le mode de début est assez identique si l'on s'en rapporte à la plupart des observations. C'est vers le déclin de la maladie alors que l'angine avait à peu près disparu que l'on a vu apparaître les complications testiculaires.

La localisation des lésions est presque toujours la même. C'est le testicule et non l'épididyme qui a été frappé dans la presque totalité des cas. Cette inflammation du testicule est accompagnée d'un épanchement peu abondant dans la tunique vaginale.

La manifestation testiculaire a une importance relative le plus souvent très grande et elle persiste pendant un certain nombre de jours.

Quant à la terminaison elle est le plus souvent la résolution dans un cas comme dans l'autre. Une seule observation d'épididymite suppurée a été relatée.

Les suites éloignées sont par contre peu connues dans l'orchite tonsillaire car les malades ont pour la plupart été perdus de vue. Dans un cas cependant on a constaté dans la suite de l'atrophie testiculaire.

L'âge enfin est à peu près le même, c'est dans la période d'activité génitale qu'apparaissent les complications dans les deux maladies.

Malgré ces analogies, l'orchite amygdalienne mérite cependant, nous le croyons, une étude à part, et si son histoire ne paraît pas plus nettement dégagée, cela tient sans doute au petit nombre d'observations qui en ont été publiées.

Dans ces observations nous trouvons des différences assez appréciables dans les allures cliniques de l'affection, et l'observation personnelle que nous relatons tout d'abord présente en particulier des points très spéciaux qui nous paraissent de première importance.

OBSERVATION I (Personnelle et inédite).

L... Julien, âgé de 26 ans, employé de commerce, entre le 25 septembre 1899 salle Marjolin n° 11 dans le service de M. le Dr Béclère à l'hôpital Saint-Antoine.

Ce malade a ressenti, il y a deux jours (23 septembre), un malaise intense. Il a eu des frissons multiples, mal à la tête, de la courbature générale. Il a dû s'aliter quelques heures après l'apparition de ces symptômes. La nuit fut mauvaise, le malade dormit à peine d'un sommeil pénible entrecoupé de cauchemars. Il avait une soif intense.

Le lendemain,(24 septembre)le malaise était tout aussi considérable. Le malade essaya de se lever, mais il dut se recoucher presqu'aussitôt.

Ce jour-là, il continua à souffrir de la tête, à être courbaturé, à avoir une soif intense. L'appétit était nul.

En même temps, le malade commençait à souffrir de la gorge surtout à droite.

Cette douleur d'abord plus marquée à droite devint bientôt bilatérale.

La déglutition des boissons et même celle de la salive devint très douloureuse.

La douleur de la gorge était bientôt accompagnée d'une sensation de pesanteur pénible dans le testicule gauche.

Le malade ne pouvait faire un mouvement sans y réveiller une légère douleur.

Le 25 septembre. — Jour de son entrée à l'hôpital, le malade présente les signes suivants :

Le facies est un peu pâle, fatigué. La langue est chargée, saburrale, humide.

Le fond du pharynx est très rouge. Les amygdales sont volumineuses, saillantes, très rouges. Elles présentent au niveau de leurs cryptes des petits exsudats gris jaunâtres.

L'examen de ces exsudats décèle la présence de staphylocoques, mais surtout de streptocoques, Le malade avale difficilement et contracte ses muscles de la face au moindre mouvement de déglutition.

Les ganglions de l'angle de la mâchoire sont légèrement engorgés. La glande parotide et la glande sous-maxillaire ne sont nullement douloureuses ou hypertrophiées.

L'examen des bourses dénote à la simple inspection une augmentation de volume assez appréciable à gauche. De ce côté le scrotum est un peu rouge.

A la palpation qui est très douloureuse on perçoit une augmentation notable du volume du testicule gauche. L'épididyme ne paraît guère participer à l'inflammation, c'est la

glande elle-même qui paraît prise. Les tissus en sont tendus et il est difficile de prolonger l'examen à cause de la vive douleur accusée par le malade.

Cette douleur est localisée surtout au testicule lui-même. Néanmoins la palpation de l'épididyme est également douloureuse bien qu'à un moindre degré et la douleur irradie le long du cordon spermatique.

En examinant le cordon on constate que le malade est porteur d'un varicocèle assez volumineux à gauche.

Les paquets variqueux sont un peu douloureux à la pression.

Au toucher on perçoit une augmentation de la température locale au niveau de la bourse gauche.

Le pouls est rapide, plein, vibrant.

La température est de 38°8 le matin, 39°6 le soir.

Nous interrogeons le malade et nous apprenons les intéressants renseignements que voici :

Le malade est sujet aux angines, il en a une tous les deux ou trois ans environ. Il est à chaque fois très malade pendant deux ou trois jours. A plusieurs reprises il a eu les testicules très douloureux au cours de ces angines, surtout le testicule gauche du côté du varicocèle.

Il y a deux ans, le malade a eu une angine analogue à l'angine actuelle. Le testicule gauche fut très douloureux et augmenté de volume, bien qu'à un degré moindre qu'actuellement. Quand l'angine fut terminée, il dut rester couché deux ou trois jours de plus, à cause de la douleur qui persistait au niveau de son testicule et augmentait par la marche et la station debout. Cette douleur diminua néanmoins assez rapidement ainsi que le gonflement, mais pendant

quelques jours encore le testicule fut encore très sensible.

Le malade affirme n'avoir jamais eu de blennorhagie. Actuellement, il ne présente, en tout cas, aucun écoulement.

Il est sûr, dit-il, d'avoir eu les oreillons vers l'âge de 11 ans, alors qu'il était en pension et qu'un grand nombre de ses petits camarades avaient la même maladie. Il n'eut pas de manifestations testiculaires à cette époque.

Traitement. — Gargarismes chauds à la résorcine. Les bourses sont entourées d'ouate et supportées par une palette posée sur les cuisses du malade.

Le 26 septembre. — L'angine présente à peu près les mêmes caractères. Les points blancs sont plus nombreux sur les amygdales. La déglutition est toujours douloureuse.

Le testicule gauche est toujours très douloureux. Le scrotum est un peu plus rouge que la veille. En immobilisant la glande on perçoit une légère fluctuation au point le plus déclive. Il existe sans doute un léger épanchement dans la vaginale.

Le testicule droit est un peu douloureux, mais non tuméfié.

Température 38°5 le matin, 39°3 le soir.

Le 27 septembre. — Les amygdales sont moins rouges et moins tuméfiées. Le pharynx est également moins rouge. Les points blancs persistent sur les amygdales. La déglutition est moins douloureuse.

Du côté des bourses, état stationnaire.

Température 38°2 le matin, 38°3 le soir.

Le 28 septembre. — La gorge est très améliorée. La déglutition est à peine douloureuse.

La tuméfaction testiculaire semble également avoir dimi-

nué, la rougeur du scrotum a à peu près disparu. La douleur est moins vive à la pression.

On a nettement la sensation d'une petite quantité de liquide contenue dans la vaginale. Le testicule droit n'est plus douloureux.

Température 37°8 le matin, 38° le soir.

Le 29 septembre. — La gorge est tout à fait bien. Le malade a bon appétit et mange volontiers.

Amélioration manifeste du côté du testicule. Le malade ne peut néanmoins faire de mouvements un peu brusques sans qu'une douleur assez vive soit réveillée au niveau du testicule gauche.

Température 37° matin et soir.

Le 30 septembre. — L'amélioration de l'état du testicule continue.

Le 4 octobre. — Le testicule est encore un peu tuméfié. L'épanchement de la vaginale semble s'être résorbé.

Le 7 octobre. — Le volume du testicule est à peu près normal. La glande est encore un peu plus douloureuse que normalement à la pression modérée. Le malade se lève avec un suspensoir bien garni de ouate.

Le 9 octobre. — Le malade sort de l'hôpital en bon état.

Nous avons revu ce malade le 6 juin 1900. Il ne se plaint d'aucun trouble dans les fonctions génésiques.

Toutefois son testicule gauche est nettement diminué de volume et de consistance. Il représente à peine la moitié du testicule droit.

Il est de plus aplati et irrégulier dans sa forme. Le malade affirme que cette diminution de volume du testicule n'existait pas avant la maladie précédente.

Dans cette observation un certain nombre de points nous paraissent devoir être mis en relief.

Tout d'abord il s'agit d'une manière bien évidente d'une orchite indépendante des oreillons. Le malade n'a en effet présenté à aucun moment de gonflement ou de rougeur au niveau de ses glandes salivaires et il affirme d'autre part avoir eu les oreillons dans l'enfance. Ce premier point ne nous paraît pas sujet à contestation.

L'apparition de la manifestation testiculaire contemporaine des oreillons nous paraît constituer un deuxième point qui doit également attirer l'attention.

Cette date d'apparition semble rare dans les orchites amygdaliennes si l'on en juge par les observations que nous allons rapporter à la suite. Une fois cependant la manifestation testiculaire précédera la manifestation amygdalienne.

Un troisième point intéressant paraît devoir être retenu. C'est l'atrophie testiculaire consécutive. Elle est mentionnée, dans une seule des observations que nous avons pu étudier. L'atrophie testiculaire peut, il est vrai, être pour une bonne part due à l'existence du varicocèle.

Mais il n'en est pas moins certain que le malade lui-même l'a constatée seulement à la suite de sa deuxième orchite. La première attaque paraissait avoir touché la glande moins que la deuxième.

Mais le point qui nous paraît le plus intéressant et que nous mettrons surtout en relief, c'est la récidive de cette orchite : les douleurs testiculaires observées à plusieurs reprises chez le même malade au cours d'angines à répétition, puis une véritable orchite analogue à la dernière

mais moins accentuée autant qu'on en peut juger par les renseignements donnés par le malade, enfin l'orchite bien caractérisée à laquelle nous avons assisté et que nous avons décrite. Cette ensemble de faits nous paraît bien spécial et nous n'avons rien retrouvé d'analogue dans les observations publiées à ce sujet.

Peut-être chez ce malade l'existence d'un varicocèle créait-elle une cause prédisposante importante, en modifiant les conditions de nutrition et de vitalité du testicule, en l'exposant davantage aux chocs et aux froissements. Il est assez difficile de l'affirmer et de dire dans quelle mesure cette cause prédisposante a pu jouer un rôle dans la localisation des accidents et dans la suite éloignée de la complication testiculaire.

Sans vouloir tirer trop de conséquences d'un fait particulier et isolé nous croyons cependant pouvoir dire qu'il s'agit là de faits tout à fait spéciaux et différents de ce qui se passe ordinairement dans l'orchite ourlienne.

A priori des faits de ce genre sont d'ailleurs faciles à prévoir. En effet l'orchite ourlienne est la manifestation d'une maladie spécifique procurant l'immunité, l'orchite amygdalienne au contraire est la manifestation d'une affection vraisemblablement non spécifique, ne procurant pas l'immunité, sujette au contraire aux récidives fréquentes chez certains individus. Rien d'étonnant par suite que le point faible frappé une première fois, soit de nouveau lésé.

L'observation suivante, qui est la première du mémoire du Professeur Verneuil, doit être rapprochée de notre observation personnelle à certains points de vue.

Elle est d'un grand intérêt, parce que le malade a pu être revu au bout d'un temps assez long et qu'il a pu être examiné au point de vue des conséquences ultérieures de l'affection testiculaire.

OBSERVATION II (Verneuil).

Epanchement considérable dans la tunique vaginale. Guérison spontanée et rapide.

Un enfant de 12 ans, d'une bonne constitution et très sujet aux amygdalites fut atteint de cette dernière maladie sans symptômes locaux ni généraux graves. En allant à la selle, il s'aperçoit par hasard que le scrotum présentait un volume et une pesanteur insolite, le côté droit étant gonflé, tendu, tout à fait indolent au toucher. Aucune douleur spontanée n'avait éveillé l'attention du petit malade qui n'avoua rien à ses parents mais qui jugea à propos de prendre le lit comme il le faisait lorsque les amygdalites acquéraient une certaine intensité. Pendant 24 heures la tumeur s'accrut encore, mais au bout de ce temps, l'angine qui durait depuis trois jours entra en résolution et le gonflement du scrotum en fit autant. Trois ou quatre jours après tout était rentré dans l'état normal.

Plusieurs angines survinrent encore dans les années suivantes, et chaque fois notre jeune malade examinait scrupuleusement la région inférieure, mais rien ne s'y montra depuis. A l'époque de la puberté les parties génitales se développèrent, mais le testicule droit, tout en s'accroissant, resta mou et inférieur d'un tiers au moins au volume du testicule gauche, qui conserva toujours depuis son excédent de dimension.

Vers l'âge de 24 ans le jeune homme contracta une orchite blennorrhagique intense qui porta précisément sur le testicule droit.

J'ai examiné récemment ce jeune homme qui est aujourd'hui un médecin distingué et qui a été mon camarade d'études ; la glande séminale du côté où l'épanchement a eu lieu il y a 20 ans est restée molle et peu développée. L'épididyme a conservé depuis l'orchite un noyau d'induration.

Dans le cas de M. le Professeur Verneuil, il n'y eut donc pas de récidive de l'orchite alors qu'il y eut récidive de l'amygdalite. Mais il est intéressant de constater que le testicule lésé une première fois constitua un point de moindre résistance, prédisposé aux localisations infectieuses, et plus tard, quand le malade eut la blennorrhagie, ce fut le testicule déjà atteint qui se trouve le siège d'une orchite intense.

Il est intéressant aussi de noter dans cette observation l'atrophie du testicule atteint qui à la suite de l'orchite amygdalienne resta inférieur d'un tiers au moins en volume au testicule gauche.

OBSERVATION III (Verneuil).

Le 20 mai 1857. — Est entré à l'hôpital un garçon de 10 ans, salle St-Côme, nº 22. Il s'était présenté la veille à la consultation avec une tuméfaction considérable siégeant dans le côté droit du scrotum et que M. Gilbert interne du service reconnut aisément pour une hydrocèle à la fluctuation, la transparence, l'indolence, etc.

Cette tumeur s'est développée spontanément deux ou trois jours auparavant et sans nulle cause appréciable. Jamais il n'avait rien constaté de ce côté. Aucune violence extérieure ne peut être invoquée, il n'existe ni hernie ni varicocèle.

Le 21.—A la visite l'épanchement a notablement diminué sous l'influence du repos dans la position horizontale. La veille il y avait seulement un peu de gêne due à la distension de la tunique vaginale et au poids de la tumeur ; ces symptômes ont disparu.

En interrogeant le malade, je fus frappé à sa première réponse du timbre voilé de sa parole : ceci me mit immédiatement sur la voie et me fit soupçonner une angine.

L'enfant me raconte qu'en effet 10 jours auparavant, il avait été affecté d'un mal de gorge assez intense avec gêne de la déglutition, altération de la voix, six à sept jours après le début de cette maladie, le gonflement des bourses s'est montré et les phénomènes ont disparu du côté de l'arrière-bouche.

L'examen de ce côté montre encore une rougeur vive de la luette, des piliers, du voile du palais et de la paroi postérieure du pharynx. Les amygdales participent à cette coloration ; mais elles ne sont que médiocrement développées. La déglution n'est plus douloureuse, la voix encore nasonnée. Je n'ai pu savoir s'il y avait eu angine muqueuse ou amygdalite simple. A peine s'il existe une cuillerée de liquide dans la tunique vaginale. Les téguments sont flasques et l'on reconnaît les deux testicules indolents et avec le volume qu'ils doivent avoir à cet âge. Je prescris le repos au lit et l'application sur les bourses de cataplasmes arrosés d'eau blanche.

Le lendemain 22, tout a disparu, la rougeur de la gorge est presque effacée, la voix reprend sa pureté : Exeat le 23.

Cette observation et la précédente sont remarquables par la torpidité des manifestations testiculaires absolument indolentes, ce qui est bien différent des phénomènes douloureux observés chez notre malade.

De plus ces deux observations de M. Verneuil se rattachent à de jeunes garçons, et sont survenues avant l'époque ordinaire de la puberté. Malheureusement dans les deux cas l'amygdalite ne fut pas observée directement.

OBSERVATION IV

Joal in Arch. gén. de médecine 1886.

En 1881, dans les premiers jours de mars, nous recevons la visite d'un jeune étudiant en droit, habitant la rue des Ecoles, qui vient nous montrer sa gorge, dont il souffre depuis la veille. Le jeune homme, âgé de 18 ans, né en Auvergne de parents vigoureux, jouit d'une bonne santé ; il a été seulement atteint, à l'âge de 16 ans, d'une amygdalite phlegmoneuse qui s'est terminée par la formation d'un abcès, et il vient nous demander un conseil, avec la conviction qu'il est de nouveau affecté d'amygdalite, à la suite de refroidissement.

Insomnie, céphalalgie légère, sensation de sécheresse et de chaleur dans la gorge, légère difficulté à avaler ; malaise général, lassitude. Rougeur et gonflement de la partie droite du voile du palais, la luette est tuméfiée, ainsi que l'amyg-

dale droite. Nous prescrivons : émétique le soir même, gargarismes émollients, application de glace sur le cou et purgatif salin le lendemain matin.

Le 3e jour, apprenant que notre malade a passé une mauvaise nuit et a été pris d'un frisson assez intense, nous nous rendons à son domicile et le trouvons avec une fièvre de 39°2 et un violent mal de tête. La voix est nasonnée et pénible ; la bouche s'ouvre d'une façon incomplète ; la déglutition est très douloureuse ; la salive n'est avalée qu'en provoquant une grande souffrance à la gorge et aux oreilles.

La rougeur et la tuméfaction des parties malades sont plus prononcées que la veille ; la luette est œdémateuse et déviée à gauche ; l'amygdale dont le volume a beaucoup augmenté, a une coloration violacée et présente par places des concrétions blanchâtres. Nous faisons quelques scarifications sur l'amygdale, avec un bistouri revêtu d'un linge jusqu'au voisinage de la pointe. Nouveau vomitif. Continuation des gargarismes et de la glace.

Le quatrième jour, amélioration marquée, plus de céphalalgie, la fièvre a baissé à 38°2 ; la bouche s'ouvre plus facilement, la déglutition est moins douloureuse ; le gonflement de la partie droite de l'arrière-gorge a beaucoup diminué, la coloration n'est pas aussi accentuée, la voix n'est pas aussi gênée, le nasonnement est moindre. On voit encore une plaque d'enduit blanchâtre sur l'amygdale. Gargarismes émollients. Insufflation d'alun en poudre.

Le cinquième jour, la marche décroissante des symptômes continue, la température est de 37°4, la langue n'est plus saburrale, la parole a son timbre à peu près normal ; le malade avale des bouillons sans trop souffrir ; la rougeur et la

tuméfaction de la région amygdalienne sont encore moins prononcées ; plus d'enduit blanchâtre.

Le sixième jour, plus de fièvre, les phénomènes semblent approcher de leur terminaison.

Le septième jour, nous sommes très étonnés de constater une augmentation de la température. Le thermomètre marque 39°,6 ; la nuit a été agitée, la peau est chaude, la langue chargée, et cependant les symptômes amygdaliens ont à peu près disparu. Mais le malade se plaint d'une vive douleur dans le t sticule droit, depuis la veille au soir ; la peau des bourses est rouge et chaude, le testicule, ainsi que le cordon sont très douloureux à la pression. Cataplasmes avec pommade mercurielle belladonnée.

Le huitième jour, la fièvre continue, 38°,8. Les bourses sont plus rouges et plus tuméfiées, le testicule semble avoir augmenté de volume, la pression est toujours excessivement douloureuse.

Le neuvième jour, M. le professeur Lasègue voit le jeune malade, et en outre des symptômes précédents, signale la présence d'un épanchement assez abondant dans la tunique vaginale ; l'orchite est rattachée par lui à l'amygdalite. Car des questions posées au malade, il résulte que cette complication ne saurait être imputée à une blennorrhagie, à un traumatisme, à des efforts violents, à la masturbation. De plus, il n'y a pas eu certainement de parotidite ; nous affirmons n'avoir jamais constaté la moindre tuméfaction à l'endroit où se montrent les oreillons. Il n'y a même jamais eu de grosseur ganglionnaire au cou. Cataplasmes et sangsues sur le cordon.

Les jours suivants, état à peu près stationnaire.

Le 17e jour, la fièvre tombe, le malade a un peu d'appétit, la douleur est moins vive lorsque l'on presse le testicule, l'épanchement vaginal persiste.

Le 24e jour, plus de gonflement aux bourses, le testicule est beaucoup moins sensible à la pression ; il paraît revenu à son volume normal ; plus de liquide dans la tunique vaginale.

Le 34e jour, le malade quitte la chambre.

Depuis, il a eu de nouvelles manifestations amygdaliennes, mais sans complications du côté des testicules.

Dans cette observation l'aspect clinique est au contraire celui d'une orchite intense douloureuse, fébrile survenant comme le fait fréquemment l'orchite ourlienne au déclin de la manifestation primitive.

Ici l'auteur a songé aux oreillons, les a recherchés. Son autorité est appuyée de celle du professeur Lasègue. Cette observation est donc très probante comme type d'orchite amygdalienne.

De plus le malade a eu de nouvelles amygdalites sans que l'orchite récidivât.

Un point toutefois n'a pas été élucidé, c'est le sort ultérieur du testicule. Conserva-t-il dans la suite son volume normal ou fut-il au contraire atrophié ?

OBSERVATION V (Joal, *loco citato*).

Le nommé H... cuisinier, qui habite Clermont-Ferrand, nous fait appeler le 21 octobre 1882, pour le soigner d'un mal de gorge. Ce malade à qui nous avons déjà ouvert un

abcès amygdalien au Mont Dore, est un grand garçon mou et lymphatique.

Pendant son enfance, il a eu de l'impétigo et de la blépharite, otite et rougeole.

Il a été atteint, à différentes reprises, d'inflammations onsillaires. Il est âgé de 20 ans.

H... nous dit qu'il y a trois jours il a ressenti subitement un malaise général, qu'il ne peut rattacher à aucune cause ; il n'a commis aucune imprudence, il n'a pas pris froid. Il a éprouvé une lassitude dans tout le corps ; Les membres étaient brisés, il était courbaturé et se plaignait d'une douleur dans les reins. Pendant la nuit, le sommeil avait été agité, il avait la bouche sèche, la langue pâteuse, et avait souvent envie de boire.

Le 19. — Il avait eu dans la journée plusieurs petits frissons.

Le 20. — Sensation douloureuse à la gorge, difficulté de la déglutition, voix sourde et pénible ; la fièvre est plus forte, mauvaise nuit, agitation, cauchemar.

Le 21. — Lorsque nous voyons le malade, nous le trouvons très abattu et découragé ; sa voix nasonnée est faible, et tout à fait caractéristique de l'affection amygdalienne. Douleurs très vives dans la gorge, surtout au moment de la déglutition. La salive ne peut être avalée sans provoquer une grande souffrance dans les oreilles, que le malade bouche extérieurement avec ses doigts. H..., a essayé de boire un peu de bouillon, mais il a rejeté le liquide par le nez : la bouche est difficilement ouverte. Nous pouvons néanmoins procéder à l'examen de l'arrière-gorge et constater une amygdalite double. Le voile du palais est le siège d'une rougeur et d'une

tuméfaction prononcées ; la luette œdématiée est volumineuse ; les deux amygdales surtout la droite, sont chaudes au toucher, grosses et colorées en rouge vif ; elles sont recouvertes par plaques d'enduits blanchâtres. La fièvre est intense, nous ne pouvons prendre la température ; le pouls est à 120.

Nous faisons des scarifications sur les deux amygdales avec un bistouri recouvert d'un linge jusqu'auprès de la pointe :

Vomitif, tartre stibié et ipéca. Gargarismes émollients. Glace autour du cou.

Le 22. — L'état du malade est à peu près le même, tant au point de vue local que général, le thermomètre marque 39°2. La pression à l'angle de la machoire du côté droit est douloureuse, les ganglions sont engorgés. Gargarismes. Glace autour du cou. Nouvelles scarifications. Purgatif salin.

Le 23. — Amélioration légère ; nous commençons à espérer qu'il n'y aura pas formation d'abcès et que nous obtiendrons la résolution de l'amygdalite. T. 38°6.

Le 24. — Le mieux s'accentue. La tuméfaction et la rougeur de la gorge sont moins prononcées, le malade souffre moins ; la douleur est moins vive lorsque le malade avale sa salive, T. 38°,2.

Le 25. — Les symptômes continuent à diminuer d'intensité, T. 37°,6. Nous engageons le malade à prendre des bouillons et des grogs à l'eau-de-vie.

Le 28. — La rougeur et le gonflement de la région amygdalienne persistent encore, mais à un degré peu marqué, et cependant la fièvre a augmenté ; le thermomètre donne 38°,4 ; le malade se sent moins bien que les deux jours pré-

cédents ; il éprouve néanmoins une légère douleur dans le testicule droit ; les bourses sont lourdes, elles ont augmenté de volume ; le scrotum est rouge ; la pression du scrotum ne provoque pas une douleur bien vive. Cataplasmes, sangsues sur le cordon. Purgatif salin.

Le 29. — La douleur a augmenté, le moindre mouvement dans le lit fait maintenant souffrir le malade ; le gonflement des bourses est plus prononcé, la peau est plus rouge et plus tendue ; le testicule droit est plus gros que la veille. La pression est très douloureuse, l'épididyme semble normal ; à l'extrémité des bourses on sent un peu de fluctuation. T. 38°,6.

Le 30. — Etat à peu près semblable, T. 38°,2.

Le 31. — Amélioration. Le malade souffre moins, les bourses sont moins rouges et moins tuméfiées, T. 37°,4.

4 novembre. — Diminution notable du gonflement ; la pression du testicule encore gros est peu douloureuse.

Le 12. — Nous ne constatons plus de traces de l'épanchement dans la tunique vaginale.

Le 27. — Le malade est complètement guéri ; le testicule droit n'est pas plus gros que le gauche.

Cette observation ressemble beaucoup à la précédente. L'orchite est apparue également au déclin de l'angine et s'est manifestée par des phénomènes douloureux assez intenses.

Il est regrettable que les suites n'aient pu être relatées au point de vue de l'atrophie testiculaire.

Mais cette observation nous paraît très nette comme orchite amygdalienne. Il n'en est pas de même de la sui-

vante donnée cependant comme telle par M. Joal dans son mémoire.

On sait que des amygdalites peuvent se montrer au cours des oreillons. Il faut donc se garder d'imputer à une amygdalite phénomène accessoire ce qui dépend vraisemblablement de la maladie spécifique primitive.

OBSERVATION VI

Larmaude (in mémoire de Joal).

Je suis appelé le 3 juin 1872 à D... localité industrielle de la Meuse, chez M. C..., employé de chemin de fer, pour arrêter un saignement de nez. Chemin faisant, on me raconte que le malade a de violents maux de tête, qu'il est rouge, que les deux côtés de la mâchoire sont enflés, et que cette enflure se prolonge sur la poitrine.

Arrivé près du malade, je lui vois la face vultueuse, les deux côtés de la mâchoire tuméfiés par l'engorgement des glandes sous-maxillaires. Il me dit qu'il a beaucoup souffert de la tête, qu'il se sentait très agité et qu'un saignement de nez lui rendait un peu de calme.

La voix a le timbre caractéristique de celle des malades atteints d'angine. La déglutition est difficile et douloureuse.

La bouche est rouge, le voile du palais recouvert d'un exsudat grisâtre laissant par places paraître la muqueuse rouge ; sur les piliers et sur les amygdales dont le volume est énorme, au point de se rejoindre sur la ligne médiane et de faire corps avec la luette, on voit un semis de points d'un gris jaunâtre

Toutes les glandes sous-maxillaires sont tuméfiées, cet engorgement atteint les lymphatiques du cou et se prolonge sur ceux qui siègent sur la clavicule jusqu'au niveau de la mamelle droite. J'ai déjà eu l'occasion d'observer ce fait plusieurs fois, chez des enfants atteints de stomatite ulcéreuse, dans le cours d'une épidémie d'ulcérations de la bouche qui a régné pendant la dernière partie de l'hiver et au printemps. Les ganglions intercostaux étaient enflés et douloureux, quelques-uns ont suppuré. Pas d'oreillons.

Vomitifs, gargarisme au tannin, pédiluve sinapisé. Cautérisation de l'arrière-gorge avec le nitrate d'argent. Eau salée.

4 juin. — Le malade va mieux, les plaques grisâtres ont disparu ; il existe encore sur le voile du palais et l'amygdale droite quelques exsudations que je cautérise. Les ganglions lymphatiques du côté gauche ont été notablement diminués.

Le malade me montre spontanément son testicule droit et me dit que le samedi 1er juin, au début de l'engorgement des glandes du cou, il a senti une douleur très vive dans ce testicule ; qu'en y portant la main, il l'a trouvé gros et douloureux au toucher et que depuis il a grossi peu à peu. La bourse droite est en effet le siège d'une hydrocèle de la grosseur du poing. Le testicule est en arrière augmenté de volume, et la pression y révèle une douleur plus prononcée que la sensation ordinaire. Le malade ajoute que le samedi et le dimanche 1er et 2 juin, le scrotum a été beaucoup plus gros.

Le 6. — L'état est très bon, la gorge n'est que rouge, il y a encore un peu d'exsudat grisâtre sur l'amygdale droite.

Plus de tuméfaction glandulaire. La vaginalite décroît, le testicule droit est toujours plus gros que le gauche. Le malade se lève et mange. Les épistaxis n'ont pas reparu.

Huit jours après le malade est parfaitement guéri et reprend son service. L'épanchement est entièrement résorbé.

Comme nous l'avons déjà fait remarquer cette observation nous paraît très suspecte en tant qu'orchite amygdalienne. Si le malade n'a pas eu de parotidite, il a eu par contre un gonflement considérable et persistant des glandes sous-maxillaires avec vraisemblablement œdème du tissu cellulaire voisin et gonflement du cou. Les oreillons pouvant se localiser non seulement sur la parotide mais encore sur les autres glandes sous-maxillaires, il est permis de croire que l'on avait affaire dans cette observation à une attaque d'oreillons avec amygdalite et complication testiculaire.

L'observation suivante ne nous paraîtrait pas plus concluante si la grande autorité de M. Verneuil n'y était invoquée. Mais le Professeur Verneuil ne vit pas le malade dès son entrée à l'hôpital et il se peut que certains phénomènes aient disparu lors de son examen.

OBSERVATION VII

Larmaude (In mémoire de Joal).

Le 23 septembre. — Le nommé Charles Guillaume, âgé de 30 ans, charron, gros garçon lymphatique, entre dans le ser-

vice de M. Verneuil, à Lariboisière, au n° 2 de la salle Saint-Augustin.

Il n'a pas eu de maladies antérieures, surtout pas de maladies du testicule. Pas d'efforts, pas de contusion.

Depuis quelques jours il éprouve une douleur à l'angle de la mâchoire, de chaque côté, mais surtout à gauche, avec difficulté douloureuse d'avaler.

La région sus-hyoïdienne entière est enflée, les glandes sous-maxillaires sont très tuméfiées.

La région parotidienne n'est pas douloureuse et n'a pas augmenté de volume.

Au fond de la gorge on voit une vive rougeur de l'isthme du gosier et des amygdales qui sont très grosses.

Deux jours après le début de ces accidents, le malade a senti une douleur vive au testicule gauche. Cette douleur augmente par la marche et diminue par le repos au lit.

Le lendemain de l'entrée, 24 septembre, le testicule gauche est très douloureux, mais son volume ne s'est pas accru. La pression y réveille une douleur très vive surtout lorsqu'on saisit entre les doigts le cordon à la partie supérieure de la glande. La région n'a d'ailleurs aucune apparence extérieure de maladie. Soupçonnant le début d'une orchite métastatique, je recherche avec beaucoup de soins un oreillon, mais je ne trouve pas autre chose que l'amygdalite et l'engorgement des glandes sous-maxillaires.

Prescriptions : un vomitif ; repos au lit, les bourses relevées ; frictions mercurielles et cataplasmes en permanence : gargarismes au chlorate de potasse.

Le 25. — M. Verneuil, empêché la veille, voit le malade. La tuméfaction sus-hyoïdienne, la rougeur de l'isthme du

gosier et des amygdales, ainsi que leur volume ont sensiblement diminué. La déglutition est plus facile, la douleur moins vive. Mais le testicule gauche est encore douloureux ; depuis hier le volume du scrotum de ce côté a presque doublé.

M. Verneuil nous montre de la façon la plus manifeste, dans la tunique vaginale, un épanchement qui n'existait pas la veille. L'épididyme est très douloureux. M. Verneuil vérifie les recherches faites la veille du côté des parotides, et reconnaît qu'il n'y a pas eu d'autre inflammation que l'amygdalite.

Le soir à la contre-visite le malade accuse de la douleur dans l'autre testicule, qui est augmenté de volume et douloureux à la pression. Cette tuméfaction est encore due à un petit épanchement.

Le 26. — Malaise, courbature, fièvre. Les testicules sont moins douloureux, mais dans les deux, l'épanchement a augmenté. La gorge n'a plus que fort peu de chose. L'engorgement glandulaire et la difficulté d'avaler n'existe plus ; il reste un peu de douleur et de tuméfaction aux amygdales.

Le 27. — Peau chaude, pouls fort et fréquent, céphalalgie, somnolence, anorexie, soif vive. Il n'y a presque plus rien aux amygdales. Douleur aux testicules et aux cordons des deux côtés.

Onguent napolitain. Ouate.

Le soir douleurs plus vives aux testicules.

Un peu de rémission dans les symptômes généraux.

Le 28. — Encore de la fièvre. Saignée de 400 grammes.

Le soir un peu de toux. Quelques râles sibilants et ronflants dans la poitrine.

Sonorité normale. Julep expectorant.

Le 29. — Etat meilleur. Peu de fièvre.

Le 30. — Les symptômes généraux sont dissipés.

L'épanchement dans les tuniques vaginales a été stationnaire pendant la durée de ces accidents.

Le double épanchement va tous les jours en se résorbant, et le malade sort guéri le 9 octobre suivant.

Nous ne nous arrêterons pas à discuter ces deux observations à cause du doute qui s'y attache dans notre esprit.

L'observation suivante empruntée également au mémoire de M. Joal est de M. Dauzat et présente un grand intérêt surtout au point de vue de la date d'apparition de la manifestation testiculaire.

OBSERVATION VIII

Dauzat, in Mémoire de Joal, Arch. de médecine, 1886.
Orchite et amygdalite.

M. X..., de Bourg-Lastic (Auvergne), âgé de 25 ans, est un homme vigoureusement constitué, qui jouit habituellement d'une excellente santé ; il n'a même jamais eu de rhumatisme, affection pourtant si commune dans ce pays de montagnes. Aucun antécédent blennorrhagique, ni hernie, ni varicocèle, en un mot aucun état antérieur auquel on puisse rattacher les accidents qui vont suivre.

15 décembre. — Il est pris d'un malaise général, fièvre, inappétence, bouche mauvaise, petits frissons, courbature,

agitation pendant la nuit ; il attribue tous ces phénomènes à un peu de fatigue ; l'avant-veille il a dû travailler plus que de coutume. Purgatif.

Le lendemain, l'état général est à peu près le même. Mais violentes douleurs dans les bourses.

Le 17. — Je trouve le scrotum rouge et gonflé du côté gauche, le malade se plaint d'une douleur continue qui augmente lorsqu'il se remue. La pression du testicule est douloureuse ; la glande séminale est plus volumineuse que celle du côté droit. A la partie la plus déclive du scrotum, je sens un peu de fluctuation, il y a du liquide dans la tunique vaginale.

Le malade a toujours de la fièvre, le pouls est fréquent la peau chaude, la langue chargée. Sangsues. Cataplasmes émollients. Purgatif.

Le 19. — Le gonflement du scrotum a diminué ; X... ne souffre pas autant, la douleur à la pression du testicule n'est pas aussi vive. La fièvre a baissé, la langue est moins blanche.

Le 21. — Le malade, qui est resté au lit, qui ne s'est pas refroidi et qui n'a fait aucune imprudence, me dit que depuis la veille il éprouve de la difficulté pour avaler ; sensation d'ardeur et de cuisson à la gorge ; douleurs très vives dans l'oreille gauche. Le timbre de la voix est devenu nasal. Haleine désagréable.

Le voile du palais est rouge, les piliers ont une coloration carminée ; la luette est tuméfiée ; l'amygdale gauche est d'un rouge foncé et très volumineuse ; elle paraît au moins trois fois plus grosse que celle du côté droit. Un peu d'engorgement ganglionnaire à l'angle gauche de la mâchoire.

Les symptômes inflammatoires du testicule continuent à décroître. Je constate encore du liquide dans la tunique vaginale.

Pas le moindre gonflement à la région des parotides.

Scarification sur l'amygdale gauche. Gargarisme boraté.

Le 24. — La gorge est bien moins rouge ; le volume de l'amygdale a diminué, la déglutition se fait encore avec une légère difficulté ; le malade prend cependant des potages.

L'amélioration du testicule a fait de grands progrès.

Le 30. — Tout est rentré dans l'ordre.

Cette observation est remarquable au point de vue de l'évolution clinique de l'affection. Troubles de l'état général, puis localisation testiculaire. Cette localisation est peu intense. Elle dure peu. Quand elle est à son déclin, apparition de la manifestation amygdalienne.

C'est donc l'inverse de ce que l'on a observé le plus souvent en pareil cas et de ce que l'on observe ordinairement aussi dans la fièvre ourlienne.

Il s'agit bien nettement ici d'une maladie infectieuse généralisée qui se localise secondairement sur le testicule et sur l'amygdale.

L'observation suivante due également à M. Dauzat et publiée dans le mémoire de M. Joal est non moins intéressante et est également tout-à-fait unique.

OBSERVATION IX

Dauzat, in mémoire de Joal, Archives gén. de médecine, 1886.
Amygdalite et orchite suppurée.

Le 5 novembre, je me rends dans le village de S..... (Puy-de-Dôme), auprès d'un homme âgé de 40 ans, à qui j'ai donné des soins à la suite d'une chute du haut d'un arbre, accident dont il est complètement rétabli.

Cet individu fort et vigoureux, souffrant seulement parfois de douleurs rhumatismales musculaires, est au lit depuis la veille, atteint d'un assez violent mal de gorge qu'il ne sait à quelle cause attribuer.

Il a eu de petits frissons, un grand mal de tête, la langue sèche, des élancements à l'estomac, une lassitude générale ; pas de sommeil, agitation fébrile, douleurs dans les reins très fortes.

Je le trouve avec une fièvre intense, la peau est brûlante, le pouls est plein et fréquent, il souffre beaucoup à la gorge, surtout au moment de la déglutition ; il ne peut avaler sa salive qu'avec peine, la voix est nasonnée. L'haleine est mauvaise.

La langue est blanche, le voile du palais est rouge et gonflé, la luette est œdématiée ; les amygdales colorées en rouge foncé sont volumineuses ; pas le moindre enduit blanchâtre.

Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire au cou. La région parotidienne n'est ni tuméfiée, ni douloureuse.

Prescription. — Vomitif au tartre stibié et à l'ipéca. Gargarismes astringents.

10 novembre. — Je constate une grande amélioration dans

l'état de la gorge ; la rougeur et le volume des amygdales ont bien diminué ; encore un peu de gêne à la déglutition.

Mais le malade me dit que la veille il a ressenti une douleur très vive dans les bourses, j'examine les parties et trouve une orchite du côté gauche. Cependant il n'a commis aucune imprudence, pas de fatigue, pas de traumatismes. Aucune trace d'écoulement uréthral ; cet homme m'affirme qu'il n'a jamais eu de blennorrhagie.

Le scrotum est rouge et tuméfié du côté gauche, le gonflement n'est pas limité à la région testiculaire, il s'étend vers la portion inférieure du cordon. La douleur est vive et se fait sentir jusque dans le canal inguinal ; elle est augmentée par la pression et les mouvements.

Par le palper, on trouve le testicule gauche beaucoup plus gros que le droit ; l'épididyme paraît aussi plus résistant et plus volumineux.

Sangsues. Cataplasmes émollients. Bourses relevées dans le lit.

Le 16. — La tuméfaction du scrotum a diminué à la partie inférieure, mais en haut et en avant, point fluctuant. Petit abcès que j'incise et d'où sort un pus louable. La gorge va bien. Frictions opiacées et belladonnées. Cataplasmes.

Le 20. — La suppuration se fait d'une façon régulière.

Le 21 décembre. — La cicatrisation de la plaie était complète, tout gonflement avait disparu, le testicule n'était plus douloureux ; son volume était à peu près normal, on sentait cependant de l'induration par places.

Nous n'avons pas retrouvé d'autre exemple de suppu-

ration survenue dans des orchites de ce genre et les cas de ce genre doivent être fort rares si l'on s'en rapporte à l'aspect clinique ordinaire de ces orchites et de celles qui surviennent dans des circonstances analogues.

Il est fort regrettable que l'examen bactériologique du pus n'ait pas été pratiqué. Malgré cette omission cette observation est fort intéressante.

OBSERVATION X

Descoings (thèse de Paris).

D... sujet aux amygdalites, voit le 6 novembre une personne atteinte d'amygdalite.

Le 10. — Céphalalgie, fièvre, courbature, inappétence ; le soir, douleur au niveau du testicule droit.

Pas de blennorrhagie.

Le 11. — La douleur a augmenté, le scrotum est rouge, le testicule droit tuméfié ; pas d'épanchement dans la tunique vaginale. La fièvre persiste.

Rougeur du pharynx ; l'amygdale droite est grosse, très rouge, douloureuse ; la déglutition est un peu difficile. Douleur dans l'oreille droite. Ganglion sous-maxillaire tuméfié et douloureux. Gargarisme boraté.

Le soir, douleur dans le genou droit.

Le 12. — La fièvre persiste. La douleur, la tuméfaction du testicule et la rougeur du scrotum diminuent.

Même état qu'hier du côté de la bouche ; l'amygdale droite est encore plus rouge et plus douloureuse, déglutition diffi-

cile. Le soir diminution assez brusque de tous ces symptômes.

Le 13. — Il reste seulement un peu de rougeur de la gorge et de l'engorgement de la glande sous-maxillaire.

Le 14. — Tout est fini. Il n'y a pas eu d'albuminurie.

Dans cette observation comme dans la première observation de M. Dauzat on voit la manifestation testiculaire précéder la manifestation amygdalienne. A ce point de vue ce cas est fort intéressant. Il est seulement regrettable que certains détails ne soient pas suffisamment précisés, que les oreillons ne soient pas éliminés d'une manière aussi nette qu'il eût été désirable.

De l'ensemble de ces observations nous croyons néanmoins pouvoir déduire la symptomatologie habituelle à ces affections.

La date d'apparition de l'orchite est assez variable. Sur dix observations nous notons deux cas d'orchite précédant l'amygdalite, un cas d'orchite évoluant simultanément avec l'amygdalite. Dans tous les autres cas l'amygdalite précédait nettement l'orchite et cette dernière survenait même vers le déclin de l'amygdalite, en semblait une complication tardive. L'irrégularité de cette date d'apparition, le renversement possible du rapport habituel entre les deux manifestations font qu'il est difficile d'adopter l'expression d'orchite amygdalienne qui semble faire dépendre l'orchite de l'amygdalite, à moins toutefois que l'on n'envisage l'amygdalite en tant que maladie générale, en tant que fièvre amygdalienne. Quoiqu'il en soit, l'apparition de l'orchite, comme celle de l'amygdalite a pres-

que toujours été précédée de symptômes généraux, évoluant isolément pendant 16 ou 36 heures.

La symptomatologie de l'orchite a été le plus souvent bruyante. Dans les faits de Verneuil seulement elle est torpide et les symptômes locaux évoluent sans grande réaction. Dans les autres observations on observe de l'élévation thermique assez marquée, parfois même des symptômes généraux analogues à ceux de la fièvre testiculaire des oreillons (observation IV) enfin dans tous les cas de la tuméfaction et de la rougeur du scrotum, de la douleur au niveau du testicule et du cordon. Comme dans les orchites ourliennes c'est le testicule et non l'épididyme qui est le siège de l'inflammation ou tout au moins qui paraît surtout pris. Il est tuméfié, augmenté notablement de volume et la vaginale contient un épanchement généralement appréciable qui se résorbera spontanément dans la suite.

L'affection est généralement unilatérale. Quant au côté atteint, c'est tantôt le droit, tantôt le gauche, il ne paraît pas y avoir de règle à ce sujet.

La durée de la période inflammatoire est de cinq à dix jours. Parfois il a fallu quinze ou vingt jours pour que toute trace de l'inflammation ait disparu.

La terminaison est généralement la résolution pure et simple.

Une seule observation, celle de Dauzat mentionne la suppuration qui fut d'ailleurs de peu de durée et rapidement terminée.

Quant aux suites éloignées, elles ne sont pas notées dans la plupart des observations. Dans le cas du Pr Verneuil

et dans celui que nous rapportons l'atrophie du testicule a été mentionnée.

Somme toute, les manifestations testiculaires qui ont été observées jusqu'à ce jour ont été d'une manière générale relativement bénignes. L'atrophie possible du testicule vient seule en assombrir le pronostic.

L'anatomie pathologique de ces orchites est nécessairement inconnue puisqu'il n'existe pas de cas suivis de mort dans lesquels on ait pu examiner les organes atteints.

Toutefois, peut-être est-il permis de prévoir, étant donné la nature infectieuse de la maladie, étant donné que l'orchite est une complication banale pouvant survenir vraisemblablement en dehors de toute amygdalite, que les lésions seront fort analogues aux lésions rencontrées dans d'autres orchites infectieuses.

Aussi mentionnerons-nous, en passant, des recherches qui, sans s'appliquer à l'orchite dite amygdalienne, ont trait aux orchites infectieuses d'une manière plus générale.

Voïnoff a communiqué à la Réunion des médecins des Baraques de Botkine à St-Pétersbourg, les résultats de ses recherches anatomo-pathologiques sur l'orchite infectieuse dans la scarlatine, la diphtérie, la pneumonie, le typhus exanthématique. Un des testicules était enlevé deux heures environ après la mort et examiné à l'état frais ; l'autre était enlevé le lendemain et mis dans des liquides durcissants.

Dans tous les cas étudiés, Voïnoff a trouvé des lésions parenchymateuses, interstitielles et vasculaires dont le

degré variait quelque peu suivant l'âge du malade, mais nullement avec la maladie.

Ces lésions sont les suivantes :

A l'œil nu, les testicules sont œdématiés, les canalicules se déchirent facilement pendant la dissociation, les vaisseaux sont hyperémiés.

A l'examen microscopique, on voit que les vaisseaux sont dilatés et hyperémiés ; l'endothélium vasculaire est souvent atteint de dégénérescence graisseuse. Dans le tissu conjonctif péri-vasculaire et intercanaliculaire, on trouve un grand nombre de cellules du tissu conjonctif, des amas d'hématies et des cellules rondes tantôt en amas, tantôt disséminées le long des vaisseaux. Les parois des tubes séminifères sont épaissies surtout chez les sujets âgés ; quant aux cellules qui remplissent les canalicules, elles étaient seulement décollées, mais non dégénérées chez les enfants de quatre ans ; chez les sujets âgés de douze ans on trouvait au début de la dégénérescence granulo-graisseuse et un état trouble des cellules du parenchyme. Les noyaux et les cellules étaient vacuolisées ; il y avait enfin des lésions de nécrose de coagulation.

Toutes ces lésions étaient au maximum chez l'adulte. A côté de ces lésions de destruction on observe des phénomènes de néoformation (Karyokinése et multiplication cellulaire). Le nombre des spermatozoïdes est considérablement inférieur à la normale ; mais leurs mouvements persistaient encore pendant trente-six heures.

Quant aux lésions du testicule atrophié on ne pourrait invoquer comme rapprochement que l'examen classique

de Reclus et Malassez portant sur un testicule atrophié à la suite d'orchite ourlienne. Ces auteurs constatèrent l'intégrité parfaite des vaisseaux et du tissu conjonctif intercanaliculaire ; seuls les tubes séminifères, quoique persistants, étaient grêles ; ils étaient transformés en cordons pleins par épaississement de leur paroi interne et par la disposition de leur épithélium. C'était une sclérose parenchymateuse pure.

Sans pouvoir naturellement affirmer une analogie complète dans les cas dont nous nous occupons, nous pouvons tout au moins prévoir que l'on a affaire à des lésions analogues.

Du traitement de ces orchites nous dirons peu de choses. Il est de tout point analogue à celui des autres orchites infectieuses (Repos, suspension des bourses, applications calmantes ou résolutives etc). On devra y joindre des lavages de gorge fréquents pour traiter ou prévenir l'amygdalite.

PATHOGÉNIE. ÉTIOLOGIE

Au point de vue pathogénique deux théories se trouvent en présence, mais sont situées actuellement en posture très inégale.

La première est celle qui tient compte avant tout de certains rapports physiologiques signalés entre les amygdales et les organes génitaux.

La deuxième envisage au contraire l'amygdalite et l'orchite comme des manifestations locales d'une infection généralisée. L'amygdalite et l'orchite n'ont d'autre lien que cette infection qui les occasionne l'une et l'autre.

Nous envisagerons l'une après l'autre ces deux théories en rappelant rapidement les diverses opinions qui sont venues à leur appui.

Tout d'abord nous examinerons la première qui est naturellement de beaucoup la plus ancienne.

Un certain nombre d'auteurs ont invoqué des rapports physiologiques spéciaux entre les amygdales et les organes génitaux.

En 1849, Harvey signalait à la Société médicale de Londres les sympathies qui existent entre les amygdales et les organes génitaux. Il se basait sur l'atrophie du testicule observée à la suite de l'ablation des amygdales.

Crisp appuie cette manière de voir dans la même séance à la même Société.

En 1854, Chassaignac écrit les lignes suivantes dans son travail sur l'hypertrophie des amygdales : « L'influence que l'hypertrophie amygdalienne exerce sur l'appareil générateur nous a paru se résumer par une puberté languissante, par l'apparition tardive des règles, par leur insuffisance, par leur facilité à se suspendre pendant des intervalles assez longs, par le développement incomplet des glandes mammaires, par le sommeil plus prolongé du sens génital ».

Il cite même le cas d'une jeune fille qui avait un sein atrophié et un sein normal ou à peu près.

Les amygdales étaient hypertrophiées. Elles furent enlevées et le rétablissement de l'équilibre entre le volume des deux seins suivit de si près l'opération, qu'il est bien difficile, dit Chassaignac, d'admettre que ce soit là un fait de pure coïncidence.

C'est toujours le même rapport physiologique qu'invoque James quand il relate en 1859 un cas d'ovarite amygdaliennne.

C'est aussi l'opinion de Bertholle (*Union médicale* 1866, *Mémoire sur l'herpès guttural et sa coïncidence avec des troubles de la menstruation*).

Merlou insiste encore sur cette théorie dans sa thèse (1877). « Le rapport entre les inflammations de l'ovaire et des amygdales, dit-il, n'a rien qui choque l'esprit. On sait que les femmes mal réglées sont sujettes à des angines qui se répètent souvent d'une manière périodique et qui constituent les angines ménorrhagiques de Jaccoud.

Si les désordres de la menstruation ne sont pas sans influence sur les inflammations de l'arrière-gorge, est-il étonnant que celles-ci réagissent parfois à leur tour sur les organes de la menstruation ? Chez l'homme n'a-t-on pas signalé aussi une corrélation entre l'arrêt de développement des testicules et l'ablation des amygdales ».

C'est l'opinion de Genuet (thèse, 1882).

Joal au contraire s'élève vivement contre une semblable manière de voir.

« Nous ne saurions pour notre part, dit-il souscrire à une pareille doctrine qui au point de vue physiologique place l'amygdale à côté du larynx et de la mamelle ; et nous devons à la vérité de faire ressortir ici que, en dehors du domaine pathologique, les auteurs précédents n'ont pu trouver aucune preuve à l'appui de leurs vues purement hypothétiques. Tout cet échafaudage de théories et de déductions a été construit sur une base de faits faussement interprétés. Les conséquences de l'hypertrophie amygdalienne retentissent non seulement sur le testicule et l'ovaire, mais sur le développement général de l'individu ; les fonctions génitales ne font que participer à l'alanguissement total de l'organisme, quant aux angines ménorrhagiques, il suffit de leur opposer les hémoptysies supplémentaires ; pendant l'époque menstruelle le sang dévié se porte vers l'organe le plus vascularisé.

« Ne tenant donc aucun compte des sympathies qui relient les tonsilles aux organes de la génération, nous attribuons à une infection de l'économie l'amygdalite et l'orchite ou l'ovarite concomitantes, infection qui porte ses coups sur des points désignés par leur suractivité

fonctionnelle, par suite de causes multiples, mais principalement par l'action du froid et du chaud».

Nous nous rangerons sans peine à cette opinion émise par Joal, et sans nier la possibilité d'une prédisposition simultanée des amygdales et des organes génitaux aux mêmes localisations morbides, nous attacherons avant tout à l'amygdalite aiguë, la haute signification que lui ont accordée les travaux de MM. les Professeurs Bouchard et Landouzy.

On sait que pour M. Landouzy, l'amygdalite aiguë la plus simple est une maladie générale, une fièvre amygdalienne, s'accompagnant dès son début de phénomènes généraux intenses et se compliquant de manifestations diverses dont l'amygdalite ou l'orchite ne sont que des unités.

Cette conception de l'amygdalite maladie générale étant admise, on peut toutefois se demander si l'infection a eu pour porte d'entrée et localisation première les amygdales, ou bien si elle est d'abord générale avec des localisations secondaires sur l'amygdale, le testicule etc.

Joal pense que la détermination tonsillaire comme la détermination testiculaire ne sont que le résultat d'une infection primitivement générale.

L'économie étant primitivement infectée, sous l'influence de causes internes ou externes, les manifestations infectieuses se montrent de préférence sur certains points de l'organisme, et se localisent sur les amygdales, sur les reins, sur les testicules, sur les ovaires.

« Si l'on demande maintenant, ajoute-t-il, pourquoi les démonstrations infectieuses se font surtout du côté des

amygdales, des testicules et des ovaires, nous répondrons que la maladie que nous étudions est très rare pendant la vieillesse et pendant l'enfance, qu'elle frappe les individus principalement à l'âge où les glandes tonsillaires, la glande séminale, l'ovaire, sont en plein développement, dans leur maximum d'activité. Ces organes sont le siège d'une fluxion physiologique, la tension vasculaire y est en excès; la moindre perturbation générale suffit pour amener un nouvel afflux sanguin vers ces parties déjà congestionnées.

Le fait est de la plus grande évidence en ce qui concerne les organes de la génération, n'insistons pas.

« Pour les amygdales, la chose est aussi nettement établie : « Rien, dit Lasègue, ne ressemble moins à l'arrière-gorge d'un jeune sujet que celle d'un veillard. Chez l'un la membrane muqueuse est incolore, les piliers sont minces, la luette est réduite de volume comme les amygdales, le pharynx devient lisse. Chez les jeunes gens, toutes ces parties sont roses, turgescentes, presque congestionnées. « Tout le monde ne sait-il pas que certaines femmes au moment de leurs règles éprouvent des accidents inflammatoires du côté des amygdales , à cette époque de perturbation générale il se produit un mouvement sanguin vers le point minoris resistentiae ».

En nous en tenant aux observations que nous avons rapportées, il semble que les étapes de l'infection puissent être assez variables dans leur succession. Dans certains cas nous avons vu la maladie se manifester d'abord par des signes généraux, puis par des manifestations au ni-

veau du pharynx, et consécutivement seulement à ces dernières manifestations se porter sur le testicule.

Dans d'autres cas, au contraire, ce fut la localisation testiculaire qui fut la première date.

Enfin des deux localisations ont pu également être simultanées, se produire au même stade de l'infection causale.

D'ailleurs la date d'apparition de ces différentes manifestations a peu d'importance du moment qu'on s'accorde pour les rattacher à une infection généralisée.

Les circonstances étiologiques qui entourent l'apparition de l'orchite ne sont pas absolument nettes.

L'âge des sujets semble à peu près toujours correspondre à la période d'activité de la glande génitale.

Dans les deux cas de Verneuil, cependant, il s'agit de deux enfants dont l'un avait seulement dix ans.

Les causes déterminantes de la localisation testiculaire paraissent mal établies. Les causes prédisposantes manquaient dans la plupart des observations. Dans notre observation personnelle l'existence d'un varicocèle pouvait être invoquée mais c'était en tout cas une cause prédisposante banale. Nous ne manquerons pas de mentionner l'existence d'une orchite antérieure qui était manifeste dans l'observation que nous rapportons.

La fréquence de ces localisations testiculaires est difficile à préciser. Joal a pu en réunir à lui seul un certain nombre qui étaient inédites.

Pour notre part nous n'avons observé que le cas que nous avons rapporté.

Sans doute existe-t-il un certain nombre de cas mais dont nous n'avons pu retrouver trace.

Avant de terminer ce chapitre, nous devons nous demander si l'apparition de l'orchite est en rapport avec la gravité de l'amygdalite ou de l'infection généralisée. Les faits publiés ne tendent pas à le prouver, au contraire. Dans les observations d'amygdalites graves avec manifestations morbides multiples que nous avons pu parcourir, nous n'avons pas trouvé mention de localisation testiculaire. Par contre plusieurs des observations que nous avons rapportées avaient trait à des amygdalites particulièrement bénignes. Dans aucun cas, il ne s'agissait d'une infection grave, inquiétante au point de vue de la vie.

Enfin nous mentionnerons l'hypothèse émise par Sallard dans sa thèse au sujet de la nature de ces orchites : Sallard admet la possibilité, dans certains cas, de l'éclosion de l'orchite amygdalienne et de l'orchite ourlienne sous l'influence d'agents pathogènes identiques, localisés dans un cas primitivement aux amygdales, dans un autre aux glandes salivaires.

CONCLUSIONS

Des orchites peuvent être observées au cours d'amygdalites aiguës, à leur période de déclin. Elles peuvent plus rarement précéder l'amygdalite ou évoluer simultanément avec elle.

Ces orchites sont d'ailleurs généralement bénignes. Elles se terminent le plus souvent par résolution. Mais elles peuvent déterminer une atrophie consécutive du testicule.

L'orchite récidive rarement alors que l'amygdalite est sujette à des récidives fréquentes. Dans une observation cependant nous avons vu la récidive de l'orchite accompagner la récidive de l'amygdalite.

Vu par le Président de la thèse,
POTAIN

par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Verneuil. — Des épanchements dans la tunique vaginale, métastatiques de l'arrière-bouche (Archives générales de médecine, 1857).

James. — Medical Times and Gazette, 1859.

Edward Gray. — Medical Times and Gazette, 1860.

Desnos. — Article : Amygdales in Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, 1865.

Joal. — Archives générales de médecine, 1886.

Descoings. — De l'amygdalite considérée comme contagieuse et infectieuse. Thèse de Paris, 1889.

Sallard. — Amygdalites aiguës. Thèse de Paris, 1892.

Brumauld des Houlières. — Contribution à l'étude de l'amygdalite aiguë. Thèse de Paris, 1894.

Lasègue. — Traité des angines, 1868.

Landouzy. — Progrès médical, 4 et 11 août 1883. Gazette des hôpitaux, 2 décembre.

Milsonneau. — Thèse de Paris, 1885.

Dauchez. — De l'amygdalite infectieuse et contagieuse. (France médicale, 1886).

Ruault. — In traité de médecine de Charcot, Bouchard et Brissaud.

Bourges. — In Manuel de médecine de Debove et Achard.

Teissier et Roqué. — In Traité de médecine et de thérapeutique de Brouardel et Gilbert, 1897.

Rousseau. — Amygdalite infectieuse aiguë. Thèse de Paris, 1888.

Maurel. — Infectiosité et contagiosité de l'amygdalite aiguë. Thèse de Paris, 1895.

Legroux et Hudelo. — Art. Oreillons, in Traité de médecine et de thérapeutique de Brouardel, Gilbert et Girode.

Jouve et Boyer, imp. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris